



医療機関名		
ふりがな 院長名		
〒番号	-	
住 所		
TEL番号	-	-
FAX番号	-	-

診 療	診 療 時 間	月	火	水	木	金	土	日
	午前 ～ まで							
	午後 ～ まで							
	※) 上記の時間は、診療時間となります お間違えの無いよう受付ください							
	※)							
	※)							
備 考								
標榜診療科								
専門領域					往診の有無	あり	なし	
自院特色など								
貴院ホームページ	<input type="checkbox"/> :あり <input type="checkbox"/> :なし 掲載可能な場合 URL							

オープン医療機関 登録・調査票のご登録（新規・修正）ありがとうございました

今後は、年1回調査し最新の状況を情報提供させていただきます（以前の用紙を貼付します）

患者さんへの情報提供 ・ 受診後の逆紹介などに活用させていただきます

また、当院に対するご要望などございましたらお聞かせください

【送信先】公立松任石川中央病院 地域支援部医療連携課

FAX: 076-274-5980

TEL: 076-274-5978